UNIVERSITÉ PARIS-NORD - FACULTÉ DE MÉDECINE XAVIER BICHAT

Année 1975

N° Hd 81

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplome d'État)

par

NOM et PRÉNOM du candidat : **JORIOZ-DUBOUX Catherine**
Née le 28 janvier 1947 à Paris (12e)

Présentée et soutenue publiquement le

TITRE DE LA THÈSE

LES ENFANTS HANDICAPÉS PHYSIQUES ET SENSORIELS, ET LEUR SCOLARISATION

Président : Monsieur le Professeur SAPIN-JALOUSTRE

UNIVERSITÉ PARIS-NORD - FACULTÉ DE MÉDECINE XAVIER BICHAT

Année 1975 N°

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplome d'État)

par

NOM et PRÉNOM du candidat : **JORIOZ-DUBOUX Catherine**
Née le 28 janvier 1947 à Paris (12e)

Présentée et soutenue publiquement le

TITRE DE LA THÈSE

LES ENFANTS HANDICAPÉS PHYSIQUES ET SENSORIELS, ET LEUR SCOLARISATION

Président : Monsieur le Professeur SAPIN-JALOUSTRE

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

P L A N

INTRODUCTION

LEGISLATION

FORMATION DES EDUCATEURS

LES HANDICAPES PHYSIQUES

I - Généralités(définition-problème de l'autonomie de déplacement-atteinte des membres superieurs-handicaps associés-fréquence-classification).

II - Etude d'un centre

III - Conclusion

LES MALENTENDANTS

I - Généralités(définition-classification-fréquence-étiologie-dépistage).

II - Description d'une école

III - Conclusion

LES MAL-VOYANTS

I - Généralités(définition-fréquence-étiologie-dépistage).

II - Description de classes de mal-voyants

III - Conclusion

CONCLUSION

A MONSIEUR LE PROFESSEUR SAPIN JALOUSTRE

A MESSIEURS LES PROFESSEURS BOUCHARD,DARNIS,HEPP,

KLOTZ,LALLEMENT,VARAY pour leur enseignement

A B R E V I A T I O N S

IMC:Infirmes moteurs cérèbraux.

CMPD:Commission médico-pédagogique départementale.

CAEI:Certificat d'aptitude à l'enseignement des enfants inadaptés.

PMI:Protection maternelle et infantile.

OMS:organisation mondiale de la Santé

INJA:Institut national des jeunes aveugles.

INTRODUCTION

Il semble bien difficile de définir l'enfant handicapé ou inadapté.Monsieur le Professeur Lafon propose la définition suivante: "Sous la désignation générale d'enfance inadaptée,il faut comprendre tous les sujets ayant besoin de mesures éducatives,sociales,médico-psychologiques,et médicales,différentes de celles que l'organisation actuelle d'une nation libre prévoit pour l'ensemble de ses habitants... ceux pour lesquels il faut quelque chose de plus ou de différent qu'à l'ensemble des autres".

Pour le Ministère de la Santé,sont comprises sous la dénomination d'enfants déficients les catégories suivantes:

1. mineurs présentant des troubles du caractère ou du comportement.
2. mineurs présentant des déficiences intellectuelles et des troubles neuro-psychiques.
3. mineurs présentant des déficiences sensorielles(sourds, demi-sourds,malentendants,aveugles,amblyopes).
4. mineurs atteints d'infirmités motrices.
5. épileptiques.

Cette étude est orientée vres les enfants présentants des handicaps physiques ou sensoriels.

Avec Monsieur le Professeur BOYER,on peut dire que ces enfants posent de réels problèmes car leur insertion dans le milieu scolaire traditionnel est dans certains cas contre-indiquée et risquerait de provoquer des troubles d'inadaptation ou de les aggraver.Le medecin scolaire les dépiste aussitôt que possible et avec son avis,à la

.../...

Commission médico-pédagogique,ils seront orientés vers l'enseignement le mieux adapté.

Les plans successifs ont prévu le développement de ces enseignements qui restent encore en nombre insuffisant à l'heure actuelle bien qu'un effort important ait été fait.

Dans cette étude seront présentés les déficients physiques et sensoriels,ainsi que les moyens mis en oeuvre pour les dépister précocement et pour développer leur capacité physique et intellectuelle.

LEGISLATION

Une circulaire du Ministère de l'Education Nationale du 2I Septembre I965 fixe les modalités de scolarisation des enfants inadaptés.Ce texte prévoit deux catégories d'équipements:

1. pour les déficients intellectuels
2. pour les autres catégories d'élèves inadaptés:déficients sensoriels et infirmes moteurs reçus dans les classes annexées à des établissements scolaires ordinaires.

L'Education Nationale a fourni un effort considérable en faveur de la prévention ou de la lutte contre l'inadaptation juvénile.Cet effort s'est traduit par le détachement de personnel enseignant dans les établissements de cure et de réadaptation.Ces classes ont donné de bons résultats.La rééducation prend place dans les horaires scolaires.Leur fonctionnement est subordonné au ramassage des élèves qui s'oppose à l'abandon de l'enfant par la famille,car les liens avec la famille ne sont pas rompus.

La coordination est étroite avec le Ministère de la Santé Publique qui assume la responsabilité médicale de ces classes

FORMATION DES EDUCATEURS

L'école de Suresnes prépare les maîtres de l'enseignement public se destinant à l'éducation des enfants déficients physiques et des enfants déficients sensoriels
Ces maîtres préparent le Certificat d'Aptitude à lEnseignement des Enfants Inadaptés(C.A.E.I.=arrêté du 8.I2.68 reconduit en I974).
L a durée de ces études est de un an.Les maîtres s'engagent à travailler cinq ans dans des établissements où il existe des classes d'enfants déficients physiques ou sensoriels.Ils peuvent prendre différentes options: déficients physiques,déficients auditifs,déficients visuels....

Pendant le stage sont abordés des problèmes:

-généraux de l'enfant
-psychologiques
-physiologiques
-pédagogiques
-sociaux
-particuliers à l'enfant déficient

LES ENFANTS PRESENTANT DES DEFICIENCES PHYSIQUES

Seul sera envisagé le cas des enfants atteints de déformations telles qu'une tierce personne est nécessaire pour leur donner les soins, ou bien qui sont obligés de se tenir dans des positions incompatibles avec la fréquentation d'une classe normale.Nous ne parlerons pas des examens nécessaires pour confirmer le diagnostic,ni du traitement suivi par ces enfants.Nous rappelerons seulement que les moyens à mettre en oeuvre sont différents suivant les causes, mais d'une façon générale un diagnostic rapide,un traitement approprié et une réadaptation précoce conditionnent l'amélioration.

La médecine scolaire au niveau des examens médicaux des pre-scolaires(bilan de trois anset six ans)au même titre que la protection maternelle et infantile doit arriver à poser le diagnostic.Le traitement relève de l'organisation hospitalière:hôpitaux avec personnel compétent constituent l'outil par excellence de l'aide aux enfants infirmes,pendant la période évolutive.Il faut ensuite une réadaptation médicale qui a pour butessentiel de provoquer le maximum de mouvements.C'est plus spécialement à ce niveau que se situe notre sujet.Ces enfants doivent recevoir un enseignement par des maître spécialisés afin de trouver pour eux un travail qui leur conviendra plus tard.

Nous n'envisagerons que les enfants présentant un niveau intellectuel pratiquement normal sans trouble sensoriel,ni trouble du langage(bienque les troubles associés soient fréquents).

I - Rappel des déficiences physiques

On peut englober sous ce vocable tous les sujets qui présentent une réduction des capacités statiques,motrices,locomotrices laissant des possiblités d'activités.La diversité des étiologies congénitales et acquises,la multiplicité des formes cliniques seront ici schématisées. Il faut souligner l'accompagnement psychique qu'il soit le fait d'une atteinte mentale concomittente,ou des réactions caractérielles du sujet vis à vis de son déficit,soit du fait de l'attitude deson entourage

Deux points semblent importants à souligner surtout dans la mesure où l'on espère replacer l'enfant ou l'adolescent dans un établissement scolaire normal:ce sont l'autonomie de déplacement et le handicap des membres superieurs.

I.Il est bien évident que l'on scolarisera beaucoup plus aisément un enfant qui peut marcher,même si cette marche est anormale, précaire,ounécessite des aides de marche telles qu'appareils ou cannes.Mais le fauteuil roulant n'est pas un obstacle s'il existe dans l'école des rampes d'accés ou des ascençeurs.

2.L'atteinte des membres superieurs aggrave immédiatement les problèmes scolaires.C'est pourqoi parmi les infirmes moteurs cérébraux scolarisés en milieu normal on trouve surtout des maladies de LITTLE(où les membres superieurs sont peu ou pas touchés)et des hémiplégiques qui ont une des mains indemne ou peu s'en faut.

Néanmoins l'atteinte des membres superieurs en particulier chez les athétosiques n'est pas rédhibitoire grâce à l'emploi de lettres mobiles,d'étiquettes auto-collantes et plus tard d'une machine à écrire mécanique ou électrique.Mais l'utilisation de la machine se fait en règle gégérale dans des conditions trés anormales avec quelque doigts,parfois un seul, voire avec la tête par le truchement d'une licorne,et le rendement est trés mauvais.On se trouve vite confronté avec le problème du temps.La lenteur des handicapés est à relever mais un fait encourageant est parfois noté,c'est que l'adaptation de l'handicapé progresse et que l'on voit au cours des années réussir peu à peu l'enfant à rattraper ce retard par rapport àdes sujets normaux

Nous signalerons les handicaps associés les plus fréquents:

I/les troubles du langage et les difficultés de communication.Certes, nombre d'IMC enparticulier la majorié des maladies de LITTLE ont un langage facile,mais d'autres enfants sont moins favorisés.Les troubles moteurs atteigent aussi les muscles de la phonation,sans parler des difficultés liées à une éventuelle hypoacousie où à une aphasie relative Ces troubles s'ajoutent aux handicaps physiques ,rendent la rééducation plus difficile.

2/les difficultés intellectuelles font si intimement partie du handicap qu'ilest impossible de passer sous silence celles-ci. Il faut se rappeler

que l'intelligence est une mozaïque de factuers:facteur de raisonnement, d'intelligence générale,verbal, spatial.Par exemple chez les enfants prématurés le niveau de spatialisation tant en ce qui concerne la perception que surtout en ce qui concerne la construction de l'espace,est trés en retard d'aprés de nombreux auteurs d'une ou plusieurs années sur le niveau de raisonnement.Ce sera source de difficultés soit pour l'acquisition de la lecture et de l'écriture,soit pour l'apprentissage du calcul.Ces difficultés de spatialisation ne sont pas liées à la gravité de l'atteinte motricemais au trouble visuel s'il est associé.
3/les troubles du comportement:instabilité,labilité de l'attention,passivité manque d'initiative.Ils peuvent se rencontrer pas tous associés,gênant la rééducation.

La fréquence des IMC est en France de0,I8%d'aprés l'estimation du 5eme plan MANCIAUX dit que sur I2.300.000 enfants de 5 à I9ans,il y aurait I23 000 handicapés moteurs,parmi lesquels I8% sont des IMC soit 22ooo.On peut retenir le chiffre de I à 2 infirmes moteurs cérébraux pour I000 naissances.

Classification adoptée par CHRISTIAENS

I.les infirmes non neurologiques
- -les malformations
- -les victimes de traumatisme
- -les séquelles de maladies osseuses ou articulaires

2.les infirmes neurologiques

a/atteinte du neurone périphérique
- -poliomyélite antérieure aigüe
- -lésion obstétricale
- -traumatisme du nerf périphérique
- -myopathie(il est nécessaire de faire prendre conscience aux parents et éducate urs que tout effort entrainant une fatigue physique est à prsrir

b/atteinte du neurone central
- -essentiellement central:IMG
- -essentiellement spinal:traumatisme du rachis avec atteinte médullaire

II. Etude d'une école

Il existe une école pour handicapés moteurs dans le département de la Seine Saint-Denis.Elle fut crée en I964.Elle est municipale (avec une subvention du conseil général).Les enfants handicapés de toutes les communes de ce département peuvent y être admis après l'avis de la commission médico-pédagogique départemental qui doit être obligatoirement consultée.Ces commissions comprennent l'Inspecteur d'Académie qui la préside,un Inspecteur Primaire spécialisée,un Médecin spécialisé dans les tâches socio-médico-scolaires,un Maître diplômé de l'enseignement spécial,un conseiller d'orientation,une assistante sociale, et un psychologue scolaire.

Cette école reçoit les enfants de 3 à I8 ans.Ils sont accueillis de 9 heures à I6 heures le lundi,mardi,jeudi,vendredi, et de 9 heures à I2 heures le mercredi.Il n'y a pas de cours le samedi. Les vacances sont les mêmes que pour les autres établissements.
Les enfants viennent au centre en ambulance ou en estafettes communales ou inter-communales.
Le centre est implanté dans un parc avec un CEG normal.Les locaux et les cours sont séparés.

L'établissement comporte:
I/Une section d'éducation scolaire et pré-professionnelle(Education Nationale)qui comprend:

- -une section de maturation(niveau école maternelle et niveau d'adaptation à l'école primaire).
- -une école primaire(un cours préparatoire,un cours élémentaire,un cours moyen).
- -un collège d'enseignement général(6 éme,5éme,4éme,3éme avec préparation au BEPC avec deux langues vivantes).
- -uns section pré-professionnelle avec comme ateliers:
  - (jouet
  - (céramique et émaux
  - (caronnage
  - (photo
  - (menuiserie

une section commerciale avec option employé de bureau.

2/ Une section de rééducation médicale (Direction de l'Action Sanitaire et Sociale)qui est sous le contrôle de;

- un médecin spécialisé et quatre rééducateurs spécialisés pour la moticité.
- un rééducateur spécialisé pour la psycho-motricité.
- un psychologue scolaire spécialisé.
- une aide soignante.

Le médecin spécialisé fait partie de la commission médico-pédagogique départementale.Il examine tous les enfants qui sont adressés au centre, de même que le psychologue scolaire.Les critères d'admission au centre sont:un handicap physique important
:et un niveau intellectuel quasi-normal.
C'est ce médecin qui prescrit les séances de rééducation faites par les kinésithérapeutes et la rééducation en psychomotricité.Il indique la posture qui ser adoptée par l'enfant pendant la classe(plan horizontal, incliné,vertical,table et chaise adaptées,outable et chaise normales). Il décide lorsqu'un enfant doi faire l'apprentissage de l'écriture avec une machine à écrire mécanique ou électrique.

3/ Des services éducatifs divers(Education Nationale et ,Jeunesse et Sports) qui comprennent:

- un centre aéré en juillet sur place.Les rééducations sont assurées pendant la durée d'activité du centre.Les travaux manuels et les jeux sportifs sont pratiqués le plus possible en plein air.
- des colonies de vacances pour enfants et adolescents handicapés moteurs fonctionnent également en juillet et août dans plusieurs endroits.
- un club sportif intercommunal pour handicapés moteurs où les enfants sont heureux et font des progrès.De nombreux sports ysont pratiqués:cyclo-tourisme,ping-pong,javelot,tirà à l'arc, natation,escrime,voile,atlétisme.Le rôle du médecin est important à ce niveau.Par exemple pour le tir à l'arc, le médecin examinent les enfants qui désirent en faire;puis il élimine les myopathes et les enfants ayant eu une geffe de la colonne vertébrale.Les autres enfants essaient en sa présence.
- un ciné-club est en projet

Dans ce centre les enfants handicapés apprennent à être autonomes le plus possible,conscients de leur responsabilité.

81 enfants handicapés moteurs ont été accueillis dans ce centre en 1973. Ils se répartissent comme suit:

- IMC	32	32
-Myopathes		8
-Hémiplégiques		8
-Séquelles de polio		6
-Spina bifida		4
-Hémophiles		4
-Agénésie,malformations		3
-Tumeur		3
-Arthro-grippose		2
-Divers		8

Ces chiffres n'ont qu'une valeur indicative et varient selon les années et les tranches d'âge.

A la sortie du centre on doit passer en revue toutes les solutions qui peuvent être envisagées pour l'avenir de l'enfant handicapé:

-les études supérieures quelquefois possibles.
-les écoles professionnelles,peu d'élèves sortent du centre avec le CAP.
-le travail à l'entreprise.Ce sont en général dans les petites entreprises que l'on trouve le plus facilement un emploi pour les handicapés.
-le travail chez un artisan,mais il y a très peu de débouchés.
-le travail en atelier protégé.Beaucoup de jeunes handicapés préfèrent cette solution
-assistance par le travail
-travail à domicile pour les plus gravement atteints.

III.Conclusion

IL semble que tous les handicapés moteurs ayant une intel-ligence normale puissent être admis dans ce centre

Il faudrait envisager la formation d'autres établissements prenant en charge les handicapés moteurs associés à troubles sensoriels, caractériels,intellectuels.

Il est à noter le rôle important des bilans de santé.

LES MALENTENDANTS

I.Généralités

D'après l'OMS "l'enfant hypoacousique est celui dont l'acuité auditive est insuffisante pour lui permettre d'apprendre sa propre langur de participer aux activités normales de son âge et de poursuivre avec profi l'enseignement général".
Il existe tous les degrés entre l'acuité auditive normale et la surdité profonde.MACIAUX dit que l'âge de début de la surdité et son degré jouent unrôle capital dans l'acquisition ou le manque de langage.

Classification

Si l'enfant nait sans langage,il est trés tôt sensible à certains sons.Des expériences ont montré que le nouveau-né normal réagit spécifiquement à la voix maternelle.Dés le premier semestre le nourrisson sursaute au bruit et oriente son regard vers la source sonore.Avant un an il est sensible au son d'une cloche,d'untambour,d'un diapason.Plus tard l'appariton et le perfectionnement du langage témoignent d'une audition correcte.

A l'usage du Ministère de la Santé,MASPETIOL a catégorisé les enfants sourds en 3 groupes:

-les malentendants ayant une perte auditive de 30 à 40 décibels
-les demi-sourds présentant un déficit de 50 à 80 décibels
les sourds profonds,totaux.

Les malentendants ont des restes auditifs suffisants pour l'acquisition d'un langage même si celui-ci est parfois rudimentaire.Le malentendant est un parlant,le demi-sourd et le sourd n'ont naturellement pas de langage si leur déficit est congénital ou trés précoce.

Fréquence

Elle est difficile à apprécier faute de définitions précises et de dépistage systématique.Les statistiques françaises évaluent le nombre des sourds et des malentendants à 30000 environ à l'âge scolaire et IO 000 à la période pré-scolaire.I% des élèves souffre de difficultés auditives et I‰ des ecoliers testés dans les classes normales sont des malentendants justifiables d'une pédagogie appropriée.

Etiologie

I.Causes prénatales

-affections génétiques

-malformations congénitales: embryopathie rubéolique
intoxication gravidique
carences vitaminiques
agents physiques

2.Causes néo-natales

-traumatisme obstétrical

-ictére nucléaire

3.Causes post- natales

-méningites et encéphalites aigûes
intoxications médicamenteuses(streptomycine)

-obstructions tubaires

-otites

4.Causes indéterminée

Le traitement doit être trés précoce.

Dépistage

-Dés la naissnace on explore le réflexe cochleo-palpébral(clignement des paupiéres au bruit)

-chez le nourrisson,réaction à la voix,jouet sonore,
chez l'enfant de 2,3ansl le reflexe d'orientation peut être utilisé.

-enfants plus grand,le peep show basé sur le reflexe conditionné audio-visuel est la méthode la plus connue.

-à l'âge scolaire des techniques relativement précises permettent le dépistage collectif et individuel

Remarques

Il faut rappeler que les difficultés du handicap peuvent interférer,comme chez les autres enfants,avec des données extérieures telle que:l'intelligence du sujet,son milieu social,parfois la langue étrangère parlée chez lui,son passé scolaire.

Pour situer les principaux problèmes que posent les enfants déficients,ilfaut évoquer successivement les conséquences de son handicap sur leur activité mentale et linguistique.Si àpeu prés tous les psychologues affirment que le handicap auditif ne semble pas empêcher l'accession aux opérations de la pensée(on ne note qu'un à deux ans de retard en moyenne),si même aprés PIAGET on replace le langage dans une place réduite(en rappelant qu'il n'est qu'un éléments de la fonction symbolique)il n'en reste pas moins que son aspect lacunaire et peu solide

est susceptible d'entrainer des conséquences graves pour la scolarisation de l'enfant.Plus que le vocabulaire,qui est l'aspect le plus exterieur et le plus evident,il faut incriminer ici la faiblesse de la syntaxe.Il ne faut pas oublier que toute l'activité mentale ne repose pas uniquement sur les opérations;si une pensée sans langage peut exister,une bonne part de ce qui ressortit à l'affectivité;àla socialisation,à la vie morale lui échappe en grande partie.

Ce qui demeure cependant c'est la perte dans la réception et dans l'émission de l'information,c'est cette atteinte fondamentale à l'égard de la fonction première de la langue:la communication.

Le Professeur LAFON écrivait en 1968:"la classe des malentendants est une forme de scolarité protégée.Elle a pour but d'aider plus efficacement l'enfant à éviter les éceuils sur lesquels il bute lorsqu'il est au milieu de 30 à40 enfants normaux,parce que son langage est insuffisant du fait de sa surdité.Un malentendant ne peut suivre une classe ordinaire que si sa parole et son langage atteignent un niveau moyen,que si de plus sa mère a la possibilité d'accorder chaque jour une à trois heures à un rattrapage et si elle a la qualité pédagogique pour le faire. Mais c'est néanmoins au détriment d'activité extra-scolaire dont le malentendant a besoin autant qu'un un autre.Pour le malentendant seule la classe spécialisée est justifiée ,mais elle doit lui être adaptée.La rééducation du sourd dans les Instituts est actuellement axée sur la poursuite d'une scolarité rejoignant celle de l'enfant normal.C'est également le rôle des classes de malentendants."

Pour sa part DELHOM pense que pour le malentendant la scolarisation en milieu normal peut être raisonnablement enviságée.Celle-ci doit être effectuée aprés que le déficit soit reconnu et pallié,aprés une période pré-scolaire où les maîtres pour handicapés trouveraient alors leur véritable utilisation.Il faudrait ajouter à cela une information sérieuse des institutcurs concernés et"un service de suite" efficace des anciens maîtres qui ont fait accéder l'enfant à la parole et au langage.

II. Etude d'une classe de mal-entendants

Nous prendrons pour exemple un établissement scolaire normal ayant sous son toit trois classes de mal-entendants.
Ces élèves mal-entendants ont de 4 ans à I4 ans et sont répartis suivant 3 niveaux:

- -un niveau maturation et cours préparatoire
- -un niveau cours élémentaire et cours moyen
- -un niveau cours moyen plus fort et un cours fin d' études.

Les maîtres ont en principe fait un an de spécialisation à l'école de Suresnes et ont le certificat d'aptitude à l'enseignement des enfants handicapés.
Les enfants mal-entendants participent en récréation aux jeux de tous les enfants se trouvant dans l'établissement scolaire.De même pour les repas le réfectoire est commun.
Les piéces utilisées pour l'enseignement des mal-entendants sont insonorisées par des moquettes,des portes capitonnées et des plaques d'isolation aux murs.Chaque enfant porte un casque et le maître parle dans un micro. Cette sonorisation comporte des inconvénients:le champ d'action du micro est très limité;et au bout d'un certain temps les enfants se plaigent de douleurs au niveau des oreilles et ne supportent plus le casque.

Un médecin spécialiste,un oto-rhino-laryngologiste,examine tous les enfants à l'entrée de cette classe pour mal-entendants et suit l'évolutionde leur handicap sur les courbes audiométriques.
Par ailleurs trois orthophonistes assurent des séances de rééducation trois fois par semaine.

Il faut signaler que normalement ces classes ne reçoivent que des enfants ayant un trouble de l'audition isolé et en particulier le niveau intellectuel doit être normal.En fait le recrutement n'est pas toujours fait selon ces critères.Il est certain que le handicap retentit sur le caractère,mais les enf ants mal-entendants présentant des troubles du comportement gènent parfois l'évolution de toute une classe.

Les enfants sourds et demi-sourds sont envoyés à Paris à l'Institut National.

Dans certaines écoles maternelles,pour les bilans de six ans,les médecins scolaires sont aidés dans leur tâche de détection d'un déficit auditif par des secrétaires ayant le brevet de technicienne.Ces dernières pratiquent un dépistage avec l'audi-vérificateur.Chaque enfant présentant un déficit est envoyé par le médecin scolaire au médecin traitant avec un questionnaire à remplir par un spécialiste oto-rhino-laryngologiste. Si celui-ci juge nécessaire une classe spécialisée pour déficient auditif, une demande est adressée à la commission médico-pédagogique départementale. Un médecin de cette commission examine l'enfant et prend la décision de l'envoyer ou non dans une classe spécialisée

III.Conclusion relative aux mal-entendants

Le problème du dépistage précoce est capital.Nous avons vu que dans certaines écoles maternelles les médecins scolaires étaient secondés par des Techniciennes qui pratiquent le dépistage des déficits auditifs chez tous les enfants avec un audivérificateur,lors du bilan de six ans.

Etant donné le nombre des enfants présentant un handicap auditif,il ne peuvent pas tous avoir une place dans une classe spécialisée. Les efforts qui ont été faits pour augmenter le nombre des classes spécialisées,doivent être poursuivis.

La classe pour enfant mal-entendant est une nécessité pour aider plus efficacement l'enfant dont le langage est insuffisant du fait de son hypoacousie.La scolarisation en milieu normal peut être raisonnablement envisagée après une période plus ou moins longue dans une classe spécialisée.Il faudra également que les anciens maîtres qui ont fait accéder l'enfant à la parole le revoient périodiquement au cours de la scolarisation dans une classe normale.

Il existe un problème matériel très important:le casque est accepté par l'enfant intelligent ,sans trouble du comportement,mais au bout d'une demi-heure environ l'enfant se plaint de douleurs et quitte son casque.La sonorisation,malgré de grands progrès, est encore à améliorer.

Il reste à soulever le problème des poly-handicapés dont la rééducation est beaucoup plus longue et difficile,Il existe en France très peu d'établissements susceptibles de les accueillir.

LES ENFANTS MAL-VOYANTS ET LES ENFANTS AVEUGLES

I.Généralités

Selon MANCIAUX,la définition de la cécité est délicate et divise les auteurs.Si l'anophtalmie bilatérale organique ou fonctionnelle correspond à la cécité totale,les limites traçées par les ophtalmologues à l'aide de chiffres d'acuité,entre la mal-voyance et certains degrés de cécité sont bien discutables.Le 2eme congrés d'assistance aux aveugles (Koenigsber I937) a proposé les critères suivants:"doivent être considérés comme aveugles,pratiquement aveugles et envoyés dans une école spécialisée, les enfants dont l'acuité visuelle varie de 0 à I/25eme ou dont la vue est si limités qu'ils sont inaptes à recevoir l'éducation et l'orientation professionnelle d'un enfant normal."Pour la mal-voyance les limites sont encore plus floues.Les chiffres retenus correspondent à une acuité comprise entre I/20eme et 4/I0eme pour le meilleur oeil aprés correction:c'est le critère pour l'admission dans les classe spécialisées.

La nécessité de techniques spéciales pour l'éducation et la scolarisation des aveugles s'est faite dés le début du I9eme siécle:en I847 VALENTIN HAÜY créa l'institut National des jeunes aveugles.
La notion d'amblyopie est beaucoup plus récente.L'ophtalmologue londonien BISHOP HARMAN créa la Iere classe de myopes forts en I908 et ce n'est qu'à partir de I946 que se développa en France une scolarisation réservée aux enfants qui sans être avaugles,éprouvaient des difficultés scolaires en raison de leur mauvaise vision.Pour les uns la pédagogie repose sur les techniques de BRAILLE;pour les autres sur le grossissement des caractères d'imprimerie.

Dans les deux cas le but poursuivi est de donner un enseignement identique à celui des autres enfants et de faire acquérir à l'enfant handicapé des techniques qui assureront son autonomie.Cet enfant déficient visuel est destiné à devenir un adulte vivant dans le monde des voyants.De cette idée fondamentale est née la formation de classes spécialisées annexées à des groupes scolaires normaux.

LES ENFANTS MAL-VOYANTS ET LES ENFANTS AVEUGLES

I.Généralités

Selon MANCIAUX,la définition de la cécité est délicate et divise les auteurs.Si l'anophtalmie bilatérale organique ou fonctionnelle correspond à la cécité totale,les limites traçées par les ophtalmologues à l'aide de chiffres d'acuité,entre la mal-voyance et certains degrés de cécité sont bien discutables.Le 2eme congrés d'assistance aux aveugles (Koenigsber I937) a proposé les critères suivants:"doivent être considérés comme aveugles,pratiquement aveugles et envoyés dans une école spécialisée, les enfants dont l'acuité visuelle varie de 0 à I/25eme ou dont la vue est si limités qu'ils sont inaptes à recevoir l'éducation et l'orientation professionnelle d'un enfant normal."Pour la mal-voyance les limites sont encore plus floues.Les chiffres retenus correspondent à une acuité comprise entre I/20eme et 4/I0eme pour le meilleur oeil aprés correction:c'est le critère pour l'admission dans les classe spécialisées.

La nécessité de techniques spéciales pour l'éducation et la scolarisation des aveugles s'est faite dés le début du I9eme siécle:en I847 VALENTIN HAÜY créa l'institut National des jeunes aveugles.
La notion d'amblyopie est beaucoup plus récente.L'ophtalmologue londonien BISHOP HARMAN créa la Iere classe de myopes forts en I908 et ce n'est qu'à partir de I946 que se développa en France une scolarisation réservée aux enfants qui sans être aveugles,éprouvaient des difficultés scolaires en raison de leur mauvaise vision.Pour les uns la pédagogie repose sur les techniques de BRAILLE;pour les autres sur le grossissement des caractères d'imprimerie.

Dans les deux cas le but poursuivi est de donner un enseignement identique à celui des autres enfants et de faire acquérir à l'enfant handicapé des techniques qui assureront son autonomie.Cet enfant déficient visuel est destiné à devenir un adulte vivant dans le monde des voyants.De cette idée fondamentale est née la formation de classes spécialisées annexées à des groupes scolaires normaux.

Fréquence

Le recensement des mal-voyants et amblyopes donne des résultats difficilement interprétables faute d'adoption de critères rigoureux.Les estimations souvent citées de un amblyope pour IOOO enfants d'âge scolaire sont donc certainement inférieures à la réalité.

Etiologie

Cécité et mal-voyance reconnaissent des causes nombreuses:acquises ou héréditaires,organiques ou fonctionnelles.En France la mal-voyance est surtout due aux vices de réfraction(30 à 40%) et aux cataractes congénitales(IO à I5%).Malformations congénitales,maladies héréditaires et familiales,glaucome infantile et traumatique revendiquent le reste.Si les infections courantes sont moins souvent mises en cause à l'heure actuelle, certaines maladies infectieuses ou parasitaires voient augmenter leur importance relative:c'est le cas de la chorio-rétinite toxoplasmique.

Dépistage

Pour les aveugles complets le diagnostic est simple et habituellement fait par le medecin ou les parents dés le plus jeune âge.

Plus difficile est le dépistage du mal-voyant.Parfois un nystagmus, une cataracte congénitale,un strabisme attire l'attention,mais souvent c'est à l'école que sera fait le diagnostic.

-au cours préparatoire à l'aide de l'échelle de MONNOYER

-chez les tout-petits de nombreux procédés existent:

I/WITHNELL:identification de trois cartes blanches portant une,deux ou trois bandes noires.

2/la méthode dite de Massachussetts(échelle d'ARMAIGNAC)composée de E

3/la méthode de CARLEVARO et CUILLON comprend huit jeux sensoriels. Elle nécessite une personne qualifiée(test opto-psyco-pédagogique)

4/la technique d'appariement de Sheriman.

Remarques

On peut se demander si actuellement l'insertion dans le monde des voyants ne peut se faire dés la maternelle et se prolonger pendant toute la scolarité jusqu'à l'acquisition d'une profession.

Si l'intégration d'un ambluope léger ne parait pas pser de problèmes importants au niveau de la maternelle, il n'enest pas de même pour les amblyopes forts ou les aveugles.A ce stade le premier problème est celui du dépistage systématique.Au niveau du cycle élémentaire il est bien évident

qu'actuellement un grand nombre d'enfants amblyopes ne fréquentent pas de classes spécialisées pour des raisons multiples (dépistage insuffisant, éloignement d' un centre, absence de structure spécialisée).
L'intégration en classe normale est relativement facile si leur amblyopie est légère mais sourtout si luer niveau intellectuel est suffisant et si ces enfants trouvent une aide efficace dans leur milieu familial.
Par contre cette intégration ne se fera pas sans difficultés si l'amblyopie est plus importante,exigeant un rythme de travail plus lent,si l'enfant a un niveau intellectuel moyen,un environnement socio-familial peu favorable.
Avec CROUZET on peut dire que ces difficultés sont la cause de retard scolaire important et justifient l'existence de classes spécialisées.

Dans le cycle secondaire il existe trés peu de classes ou établissements spécialisées.Mais pour un amblyope léger,intelligent et bien entouré, l'intégration en classe normale parait tout à fait possible.Aprés la 3eme il n'existe pratiquement plus de structures spécialisées et l'amblyope doit être intégré en milieu normal.
Il exist au contraire de nombreux établissements spécialisés pour les aveugles.Mais la plupart s'arrêtent également à la fin du premier cycle.
Des classes du second cycle ont été crées à l'Institut National des Jeunes Aveugles(INJA)Mais aprés la 3eme l'intégration de l'aveugle qui possèdent bien ses techniques, est non seulement possible mais souhaitable.Elle peut se faire dans un établissement normal.Depuis de nombreuses années les élèves de l' I N J A fréquentent les lycés Buffon ou Victor Duruy.
Ils disposent dans le cadre de l'I N J A de salles d'études particulières et bénéficient de lecteurs bénévoles ainsi que tout le matériel spécifique aux aveugles.D'autres lycés offrent à travers la France la même possibilité (Nancy,Rambouillet).

Au niveau du Ier cycle secondaire,l'intégration des aveugles est plus difficle car elle présume une mâîtrise parfaite des techniques de BRAILLE.

III.Description d'une classe de mal-voyants.

Comme pour les enfants mal-entendants il existe des établissements scolaires normaux ayant des classes spécialisées intégrées, réservées aux enfants mal-voyants et amblyopes.

Les enfants admis dans ces classes ont de 6 ans à I4 ans et un niveau intellectuel normal ou quasi normal.Ils ont les mêmes horaires que les autres élèves de l'école.Un ramassage scolaire est prévu dans la commune et les communes alentour.

La salle de cours réservée à l'enseignement des amblyopes possède un éclairage plus fort que celui d'une classe normale et une rampe lumineuse est plaçée au dessus du tableau.L'enseignant utilise les gros caractères pour écrire au tableau.A part ces dispositifs relatifs à l'éclairage,l'équipement d'une classe pour enfants amblyopes n'est pas aussi spectaculaire que celui des classes de mal-entendants.

Le personnel enseignant,qui possède en principe le certificat d'aptitude à l'enseignement des enfants inadaptés,option déficient visuel,suit le rythme de l'enfant et cherche à le rendre vraiment autonome.

Un médecin ophtalmologue examine tous les enfants devant entrer dans une classe spécialisée.Les enfants sont ensuite suivis par ce même médecin au cours de leur scolarité.C'est ce spécialiste qui prescrit pour tel ou tel enfant l'apprentissage de la méthode BRAILLE. Le BRAILLE est enseigné aux enfants qui présentent une maladie évolutive ou qui risque de le devenir.

La décision d'admettre un amblyope dans une classe spécialisée est prise par la commission médico-pédagogique départementale.

III.Conclusion relative aux amblyopes

Il semble que des structures spécialisées soient indispensables pour l'enfant déficient visuel car elles lui offrent:

-un rythme de travail plus lent

-des techniques spéciales à l'amblyopie et à la cécité.

Par ailleurs il parait possible d'envisager l'intégration en milieu normal à la maternelle et dans le second cycle.

Le dépistage précoce est important.Nous rappellerons l'aide efficace des secrétaires techniciennes apportée aux médecins scolaires lors de ce dépistage.Elles utilisent pulsieurs méthodes de détection qui paraissent suffisantes dans la plupart des cas au niveau de la grande section à l'école maternelle,bien que critiquée par certains auteurs(Dr DELTHIL).

Il se pose des problèmes pour le débouché des enfants amblyopes qui ne peuvent suivre de longues études.C'est pour eux qu'il faudrait prévoir des centres de formation professionnelle qui n'existe qu'en très petit nombre en France(si l'on excpte les quelques classes de scolarité prolongée de la rue Rouanet à Paris).Un adolescent intelligent actif et courageux a peut-être moins de peine à se tirer d'affaire s'il est complètement aveugle que s'il n'est qu'un grand amblyope.En effet les centres pour aveugles sont nombreux et offrent des possibilités de formation professionnelle.

CONCLUSION

- La meilleure prévention de l'échec éducatif ou scolaire est de faire prendre conscience à l'enfant ou l'adolescent de ce qui lui manque pour couper court aux espoirs démesurés,mais aussi lui montrer ce qui lui reste pour le faire valoir.

- Ceci ne peut être réalisé sur le plan scolaire qu'au niveau de classes spécialisées,autantpour les handicapés physiques que pour les handicapés sensoriels.Dans certains départements pratiquement tous les enfants présentant un handicap isolé(enfant mal-voyant,enfant mal-entendant,enfant handicapé moteur)et une intelligence normale sont accueillis dans une claase spécialisée.

- Le problème se pose avec acuité pour les enfants poly-handicapé:enfant handicapé moteur ayant un déficit visuel ou auditif,enfant handicapé moteur présentant une déficience intellectuelle,enfant déficient intellectuel mal-voyant ou mal-entendant.La rééducation est difficile et les résultats sont peu spectaculaires.Très peu de régions possèdent un établissement susceptible de recvoir ces enfants.

- Par ailleurs la formation professionnelle des enfants handicapés physiques et sensoriels n'est pratiquement jamais assurée.Dans la majorité des cas des solutions individuelles sont apportées.

- Il est à noter que dans certains départements un dépistage précoce des handicapés sensoriels est effectué.Des secrètaires BT pratiquent pour chaque enfant de grande section maternelle un test visuel et un test auditif avec l'audivérificateur sous le contrôle du médecin scolaire.

- Des efforts ont été faits por le recensement des enfants handicapés physiques etsensoriels grâce aux relations avec la PMI qui voit les enfants plus jeunes,et aux relations avec les cntres hospitaliers.

- Il faut souhaiter que les efforts fournis par le Ministère de la Santé, le Ministère de l'Education, les communes la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale en vue de la scolarisation et l'épanouissement de ces enfants handicapés, se poursuivent.

Le Président de Thèse:

Professeur SAPIN-JALOUSTRE

Le Doyen de la Faculté
de Médecine Paris-Nord:
Professeur J.BAUMANN

B I B L I O G R A P H I E

I - BOYER - Précis de Médecine Préventive et d' Hygiène.

2 - BOYER.BLANCHER.TABARY.AUREGAN - Guide pratique d'Hygiène et de Médecine Préventive.

3 - CHRISTIAENS - Médecine Sociale de l'adolescent.

4 - Prof. agr. CORCELLES - Revue d'Hygiène etde Médecine Scolaire et Universitaire.Tome XXVI n° I,1973.
Dépistage précoce des troubles de la vision chez l'enfant.

5 - CROUZET - L'enfant déficient visuel.Réadaptation n° I89 avril I972.

6 - DELHOM - Les handicapés auditifs.Réadaptation n° I89 avril I972.

7 - Desanti - Médecine Sociale

8 - DUMONT - Les enfants myopathes.Réadaptation I89 avril I972.

9 - GAGNARD - Les infirmes moteurs cérèbraux.Réadaptation n° I89 avril I972.

IO - MANCIAUX - LES handicapés moteurs.
Les handicapés auditifs.
Les déficients visuels.

II - MANDE - Pédiatrie sociale.